ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22-11 Date de publication : 1er juin 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 4)*

		Pagination officielle :
RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE CONCERTATION SUR LA SURVEILLANCE DES TOXI-INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE ET DES MALADIES ENTÉRIQUES	F-1	81–84
INFECTION DUE AU VIRUS EBOLA-RESTON PARMI DES PRIMATES NON HUMAINS EN QUARANTAINE—ÉTATS-UNIS, 1996	F-3	84, 87
LA FLAMBÉE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS EBOLA AU GABON DÉCLARÉE OFFICIELLEMENT TERMINÉE	F-4	87–88
PROGRÈS RÉALISÉS VERS L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE	F-4	88
SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	F-4	85–86

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE CONCERTATION SUR LA SURVEILLANCE DES TOXI-INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE ET DES MALADIES ENTÉRIQUES

Contexte

La Conférence nationale de concertation sur les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques, qui a eu lieu à Ottawa le 28 au 30 novembre 1995, a été convoquée par le Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Direction générale de la protection de la santé (DGPS) de Santé Canada*. La conférence visait à solliciter les réflexions et les idées d'un groupe représentatif d'experts et de personnes intéressées en vue du *Plan d'action pour la restructuration* qui est en cours à la DGPS, qui vise à trouver des moyens de renforcer le système de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques ainsi que la capacité du Canada dans ce domaine.

Le *Plan d'action pour la restructuration* proposera des investissements dans de grandes initiatives de création de réseaux d'information sur la santé de la population, qui aideront à réduire le risque et le fardeau que représentent les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques, en permettant la détection et l'analyse plus rapides et plus efficaces de ces maladies et des facteurs de risques connexes. Il s'agit d'un projet conjoint mené par le LLCM, qui obtiendra l'appui et l'engagement d'autres agences fédérales importantes, en particulier Agriculture et Agro-alimentaire Canada, Pêches et Océans Canada et Environnement Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de l'Agriculture et de l'Alimentation ainsi que d'autres participants dans le système national, notamment le réseau national des laboratoires, les inspecteurs de l'eau et des aliments et les autorités sanitaires.

À titre de première étape de ce Plan, nous avons demandé à une société privée d'experts-conseils de procéder à une étude préliminaire du système actuel de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques au Canada. L'une des observations les plus frappantes de ces experts-conseils était la nécessité d'avoir un système plus structuré et plus homogène et, en particulier, de mieux intégrer les volets que sont la microbiologie, l'épidémiologie, la réglementation, la lutte contre la maladie et la médecine clinique, au moyen de partenariats et de communications plus efficaces. Étant donné la diversité des participants à l'échelle locale, fédérale, provinciale et territoriale, il était nécessaire de clarifier les rôles, de même que les protocoles et les méthodes utilisés pour recueillir, analyser et diffuser les données sur les maladies et les facteurs de risque. Il fallait également investir dans des systèmes de communication et de gestion des données, afin de réduire les délais d'analyse et de diffusion de l'information. Le réseau actuel de surveillance fournit des assises solides sur lesquelles on peut ériger un système plus

* ***Comité organisateur*** : M(me) Nicole Armstrong (LLCM, Santé Canada); M. Brodsky (Direction des services de laboratoire, Ministère de la Santé de l'Ontario); D(re) M. Douville-Fradet (Prévention et protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux); D(r) J. Harwig (Direction des aliments, Santé Canada); D(r) W. Johnson (LLCM, Santé Canada); D(r) S. Read (Direction de l'hygiène vétérinaire et de la défense des végétaux, Agriculture et Agro-alimentaire Canada); W. Robertson (Direction de l'hygiène du milieu, Santé Canada); D(r) P. Sockett (LLCM, Santé Canada); D(r) J. Spika (LLCM, Santé Canada); D(r) J. Wilson (Président) (LLCM, Santé Canada).

Santé Canada Health Canada

Canada

efficace de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques, et les principaux participants se sont montrés tout à fait disposés à travailler en vue d'améliorer le système.

La conférence de concertation

Environ 70 participants, oeuvrant dans un vaste éventail de domaines et représentant tous les paliers de gouvernement, les établissements d'enseignement et de recherche, l'industrie et des organisations de défense de l'intérêt public qui s'intéressent aux questions sanitaires, ont assisté à la conférence. Les exposés magistraux étaient présentés par des spécialistes invités du Canada, des États-Unis d'Amérique et d'Europe et étaient suivis par des réunions en groupes de travail et des assemblées plénières portant sur les questions et enjeux suivants :

- les **objectifs** de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques aux échelons national, régional et local;
- **des moyens d'accroître l'actualité et l'utilité des données de surveillance** et **le calendrier idéal** pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données;
- **des mécanismes permettant de mieux coordonner** les activités canadiennes de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;
- **les sujets qui devraient, en priorité, faire l'objet d'études spéciales ciblées** liées à la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;
- **les micro-organismes et les toxines microbiennes qui devraient être recherchés** dans le cadre d'une **stratégie de surveillance**;
- **les données minimales qui devraient être fournies, avec les isolats confirmés en laboratoire,** dans les rapports soumis aux **laboratoires nationaux de référence**;
- **les approches visant à harmoniser les méthodes de laboratoire** et les programmes d'assurance de la qualité;
- **les lacunes de la collecte et de la transmission des données qui devront être corrigées** si l'on veut faire en sorte que la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques soit efficace et opportune;
- **les mesures incitatives éventuelles et les mécanismes** visant à encourager la collecte et la transmission des données requises;
- **les questions liées à l'anonymat des patients et à la confidentialité des informations détenues en propre,** qui influent sur l'accès aux données de surveillance ou sur l'utilisation de celles-ci;
- **les moyens d'assurer la compatibilité des logiciels** des réseaux de surveillance dans l'ensemble du Canada;
- **l'analyse et la compilation requises des données de surveillance**, notamment les rôles et responsabilités à différents niveaux dans le système national;
- **le contenu et le mode de présentation des produits et des véhicules** servant à la diffusion des données de surveillance sur les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques;
- **les méthodes pour accroître l'accès** aux données de surveillance;
- **les données de surveillance requises concernant les déterminants et aux issues** des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;
- **la nécessité de déclarer les éclosions** à l'échelle nationale selon l'agent pathogène en cause;
- **la nécessité d'uniformiser les protocoles à l'échelle nationale, pour la tenue d'enquêtes** sur les éclosions de toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;

Principales conclusions et recommandations

En tout, plus de 60 recommandations ont été proposées, et toutes ont fait l'objet d'un consensus de la part des participants à la conférence. Voici quelques-unes des principales recommandations de la Conférence de concertation :

Ampleur de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques

Les participants à la conférence ont accepté que les activités de surveillance portent sur un vaste éventail de toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont proposé qu'on effectue des études spéciales sur un certain nombre de questions prioritaires, afin d'acquérir une meilleure compréhension des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques ainsi que des facteurs de risques connexes ils ont également indiqué le genre de données de surveillance qui devraient être recueillies à l'échelle locale, provinciale, territoriale et fédérale afin de s'assurer en sorte que les activités de détection et d'analyse ainsi que la réponse soient adéquates et aient lieu dans les plus brefs délais.

Mécanismes de planification et de coordination

Les participants à la conférence ont préconisé la création par le LLCM d'un organisme national expert de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques comptant des représentants des principales agences fédérales et provinciales, des grands laboratoires et de toute une gamme d'organisations du domaine de la santé publique, de l'industrie, du milieu universitaire et de défense des intérêts des consommateurs. Cet organisme d'experts serait chargé d'étudier des moyens précis d'améliorer le système canadien de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Il devrait d'abord étudier en détail la plupart des recommandations de la Conférence nationale de concertation et élaborer des recommandations à soumettre aux principaux participants du système. Le mandat proposé de cet organisme engloberait l'élaboration des recommandations sur la structure et la coordination du système national de surveillance, des mécanismes visant à améliorer la communication et la coordination, l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance (y compris des mécanismes de concertation, afin d'obtenir un consensus à l'échelle nationale sur les priorités et les approches en matière de surveillance), l'harmonisation de la gestion des données, les méthodes coordonnées d'accès à celles-ci ainsi que leur diffusion.

Capacité des laboratoires

Les participants à la Conférence ont indiqué les principaux organismes et toxines microbiennes qui devraient être recherchés régulièrement dans le cadre d'une stratégie nationale de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont identifié les organismes de même

que les toxines présents dans les spécimens cliniques et les échantillons d'eau et d'aliments que chaque province et territoire devrait être pleinement en mesure de rechercher (services internes ou accès facile aux ressources nécessaires). En outre, les participants à la conférence ont proposé une liste d'agents pathogènes et de toxines pour lesquels chaque province et territoire devrait avoir des ressources minimales d'analyse de routine. Enfin, ils ont indiqué la gamme des capacités d'analyse de laboratoire qui devraient être maintenues ou développées au Canada pour le typage spécialisé des agents pathogènes.

Collecte, analyse, accessibilité et diffusion des données

Les participants à la conférence ont signalé des lacunes spécifiques dans les données de surveillance recueillies actuellement et ont recommandé des domaines qui devraient être prioritaires pour la collecte des données, notamment les données minimales qui devraient être recueillies et compilées à chaque niveau. Ils ont insisté sur le fait que la surveillance devrait être sélective et axée sur les facteurs clés et les données les plus utiles pour la détection précoce et l'analyse. Les données détaillées sont nécessaires à l'échelle locale. Les participants à la Conférence ont également proposé un certain nombre de moyens d'encourager et d'aider les autorités compétentes à recueillir les données nécessaires et à veiller à ce qu'elles soient transmises dans les plus brefs délais et facilement accessibles aux autres responsables des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont beaucoup insisté sur l'importance de mettre l'information rapidement à jour l'information et de la rendre facilement accessible aux utilisateurs autorisés; à cet égard, ils ont également insisté sur la nécessité de disposer de systèmes informatiques plus compatibles afin de favoriser la participation de tous les membres au système national.

Suivi

Les résultats de la Conférence de concertation, notamment les faits saillants de la discussion et le texte intégral des recommandations, ont été inclus dans le rapport de la conférence qui sera distribué à tous les participants, de même qu'aux principales agences et aux établissements qui s'intéressent à la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques*. On a commencé à définir et à élaborer en détail le mandat initial du groupe d'experts proposé, qui portera le nom de Comité directeur technique de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. La première réunion du Comité aura lieu les 3 et 4 juin 1996, à Ottawa. Entretemps, d'autres initiatives ont été mises en oeuvre afin de régler les questions prioritaires concernant la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques qui ont été cernées lors de la Conférence de concertation ainsi que dans le *Plan d'action pour la restructuration* de la DGPS.

Notes internationales

INFECTION DUE AU VIRUS EBOLA-RESTON PARMI DES PRIMATES NON HUMAINS EN QUARANTAINE—ÉTATS-UNIS, 1996

Le 30 mars 1996, un macaque de Buffon (*Macaca fascicularis*) qui avait été importé des Philippines et se trouvait dans un établissement de quarantaine privé au Texas, est mort à la suite d'une maladie d'une durée de 3 jours caractérisée par l'anorexie et la léthargie. Le 11 avril, une infection par le virus Ebola a été confirmée chez cet animal au moyen d'une épreuve de détection de l'antigène dans un spécimen hépatique, conformément à ce qui est prévu par la réglementation des CDC[1,2].

Le 9 avril, un deuxième singe qui avait été gardé dans la même pièce a affiché des symptômes semblables; ce singe a été euthanasié le 13 avril après confirmation d'une infection par le virus Ebola par microscopie électronique, détection de l'antigène par la méthode immuno-enzymatique, et des épreuves d'amplification de la transcriptase inverse par la réaction en chaîne de la polymérase dans des échantillons de sang et de sérum. Le séquençage de l'ensemble du gène codant la glycoprotéine du virus Ebola isolé du premier singe a révélé une concordance de 98,9 % des séquences nucléotidiques avec le virus Ebola-Reston original de 1989.

Les deux singes faisaient partie d'un lot de 100 singes reçus par l'établissement le 21 mars. Ceux-ci ont été logés dans deux pièces séparées et indépendantes ayant une capacité de 50 animaux chacune. Le 17 avril, on a décidé d'euthanasier les 48 autres singes qui se trouvaient dans la même salle de quarantaine que les deux animaux infectés afin d'atténuer le risque d'exposition éventuelle des employés et de prévenir toute autre propagation de l'infection dans la salle. On a accru la surveillance pour les 50 singes restants et l'on a entrepris la surveillance des huit employés de l'établissement qui avaient été en contact avec ces singes. Pendant la période de quarantaine, ces employés avaient porté des vêtements protecteurs et adhéré aux lignes directrices très rigoureuses visant à réduire au minimum le risque d'exposition à des agents infectieux.

Éditorial du MMWR: Le virus Ebola fait partie de la famille des virus à ARN connus sous le nom de filovirus. Le virus Ebola a été découvert en 1976; depuis sa découverte, quatre sous-types distincts ont été identifiés : Zaïre, Soudan, Côte d'Ivoire et Reston[3]. Le sous-type Ebola-Reston a été découvert aux États-Unis en 1989 par suite d'une éclosion de cas de fièvre hémorragique parmi un groupe de singes importés des Philippines à Reston (Virginie)[4]. Si l'infection due à ce virus peut être fatale chez le singe, les quatre seuls cas d'infection confirmés chez les humains ont été asymptomatiques[5]; en revanche, l'infection par le virus Ebola-Soudan ou Ebola-Zaïre est souvent fatale chez l'homme. Quatre autres épisodes d'infection due au virus Ebola-Reston chez des singes importés des Philippines sont survenus aux États-Unis et en Italie[6].

* Les personnes ou les groupes intéressés peuvent se procurer des copies du rapport de la Conférence de concertation en s'adressant à **M^me^ Nicole Armstrong, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Pré Tunney, L.P. 0603E1, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.**

À la suite des premiers épisodes, les CDC ont mis à jour et modifié les exigences relatives au contrôle sanitaire obligatoire et les autres procédures appliquées dans le cas du transport et de la quarantaine des primates non humains[1,2]. L'épisode du Texas montre l'importance et l'efficacité de ces règlements : les deux cas d'infection ont été détectés pendant que les singes étaient en quarantaine, et le risque de transmission de l'infection aux employés de l'établissement était minime. Ce problème fait également ressortir le besoin de caractériser davantage les réservoirs de même que l'histoire naturelle de l'infection causée par ce virus.

Références

1. CDC. *Update: Ebola-related filovirus infection in nonhuman primates and interim guidelines for handling nonhuman primates during transit and quarantine*. MMWR 1990;39:22-4,29-30.
2. CDC. *Requirement for a special permit to import cynomolgus, African green, or Rhesus monkeys in to the United States: notice*. Federal Register 1990;55:15210-11.
3. Sanchez A, Trappier SG, Mahy BWJ et coll. *The virion glycoproteins of Ebola virus are encoded in two reading frames and are expressed through transcriptional editing*. Proc Natl Acad Sci U S A 1996;93:3602-07.
4. Jahrling PB, Geisbert TW, Dalgard DW et coll. *Preliminary report: isolation of Ebola virus from monkeys imported to USA*. Lancet 1990;335:502-05.
5. CDC. *Update: filovirus infection in animal handlers*. MMWR 1990;39:221.
6. World Health Organization. *Viral hemorrhagic fever in imported monkeys*. Wkly Epidemiol Rec 1992;67:142.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 45, n° 15, 1996.*

Mise à jour

LA FLAMBÉE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS EBOLA AU GABON DÉCLARÉE OFFICIELLEMENT TERMINÉE

Aucun cas nouveau de fièvre hémorragique à virus Ebola n'a été signalé au Gabon depuis le décès du dernier patient le 12 mars 1996. La flambée a donc été déclarée officiellement terminée le 23 avril 1996, après un laps de temps de 42 jours, égal au double du maximum de la période d'incubation.

La flambée s'est produite dans le village de Mayibout II, situé dans le district sanitaire de Makokou de la province d'Ogooué-Ivindo, au Gabon. Elle était liée au dépeçage, au transport et à la préparation pour la consommation d'un chimpanzé trouvé mort dans la forêt le 24 janvier 1996. Le Centre international de Recherche médicale de Franceville (CIRMF), Gabon, a isolé une souche de virus Ebola à partir de prélèvements provenant de patients, et l'Institut Pasteur de Paris l'a confirmé par réaction en chaîne de la polymérase. Le tableau clinique de la maladie était très semblable à celui qui avait été observé lors de l'épidémie de Kikwit, Zaïre, en 1995. Après une phase aiguë comprenant notamment fièvre, diarrhée, vomissements, fréquemment accompagnés de céphalées, d'autres symptômes se sont manifestés chez certains patients, entraînant généralement une létalité élevée. Ces symptômes comprenaient maux de gorge, hoquet, déshydratation et hémorragies, notamment purpura, saignements gingivaux, épistaxis, hématémèse, et méléna. Parmi les patients pour lesquels la date du premier contact était connue, la période d'incubation la plus courte à été de 6 jours.

Selon la définition de cas clinique/épidémiologique utilisée durant l'épidémie de Kikwit, le nombre total de cas a été de 37 (20 sujets de sexe masculin, 17 de sexe féminin). L'âge moyen était de 27 ans (minimum 7 mois, maximum 70 ans). Sur les 37 cas, 21 (56,8 %) sont décédés. Parmi 191 contacts identifiés, 13 (6,8 %) ont développé la maladie et quatre d'entre eux sont décédés. Vingt et un cas ont été directement exposés au chimpanzé mort (cas de première génération), 13 étaient dus à une transmission de personne à personne (huit cas de deuxième génération et cinq cas de troisième génération); trois cas n'avaient aucun lien de transmission manifeste avec le chimpanzé ou d'autres cas connus. Parmi ces derniers cas, deux sont décédés et n'ont pas pu faire l'objet de tests; des anticorps IgM spécifiques ont été mis en évidence chez le survivant. L'identification rapide de la maladie et les mesures de lutte appropriées ont permis de maîtriser rapidement la flambée. Aucun cas n'a été observé parmi les professionnels de santé.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 17, 1996.*

PROGRÈS RÉALISÉS VERS L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Des progrès rapides sont réalisés vers l'éradication mondiale du poliovirus sauvage. En 1995, près de 300 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite au cours de Journées nationales de Vaccination organisées pour éradiquer la maladie. Depuis 1988, les cas de poliomyélite signalés ont décliné de plus de 85 %.

Source : *Relevé épidémiologique de l'OMS, Vol 71, n° 7, 1996.*

Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

Ce tableau ne sera plus inclus dans la copie du Relevé des maladies transmissibles communiquée par télécopieur. Les lecteurs désirant avoir cette information doivent appeler la ligne du télécopieur et choisir l'index pour obtenir le numéro d'accès.

Les tableaux déjà publiés dans le nouveau format (télécopie) du RMTC figurent dans l'index sous le titre mentionné en rubrique.